

Szabó Lajos

Idősellátás kérdőjelekkel¹

Krémer Baláznak az *Esély* előző számában „*Idős? Gondozás? Miről beszélünk?*” címen megjelent tanulmánya sok szálon futó, provokatív gondolatokat is felvető mivolta révén arra ösztönöz, hogy kísérletet tegyek a hazai idősellátás helyzetének kritikai áttekintésére. A jelen tanulmány címevel is szeretném jelezni, hogy Krémer Balázzsal egyetértve én is úgy gondolom: a hazai idősellátás kapcsán kérdőjelek vetődhetnek fel. Szeretném azonban előre bocsájtani, hogy a kritikai súlypontok és a kérdőjelek nem feltétlenül azonos helyekre kerülnek, mint Krémer Balázs tanulmányában, és megkerülhetetlennek tartom, hogy a hazai ellátás kritikáját a nemzetközi gyakorlattal egybevetve fogalmazzam meg. Ez azért is fontos számomra, mert gyakran hallhatjuk, hogy a forráshiány, a szegényesebb finanszírozási körülmények és a szűkebb fejlesztési lehetőségek nyomán szakadunk el az ellátás színvonalában és minőségében az európai idősellátástól, valójában legalább ugyanolyan meghatározó tényezők a szemléleti különbségek, a szakmai és intézményi kultúra jelentős eltérései, valamint azok a szakmapolitikai szándékok és törekvések, amelyek szembe mennek az idősellátásnak mint professziónak a szakmai megerősödésével, fejlődésével, és az ellátás „lecsupaszításához” vezetnek, elemi szintű fizikai ellátásra redukálva az időseknek nyújtott segítséget.

Krémer Balázs tanulmányának középpontjában a hosszú távú tartós gondozás (long-term care) rendszerének kritikai elemzése áll. Sommás véleménye az, hogy ezt a gondozási rendszert szakmai érdekcsoportok duzzasztották fel és tartják pazarló módon életben, miközben nem azokat gondozzák, akikre hivatkoznak, és a gondozás tartalma sem az, amiről beszélnek. „Tételének” bizonyítására demográfiai-statisztikai adatokra épülő szerteágazó, szövevényes elemzésbe fog olykor közismert demográfiai mutatókra támaszkodva, olykor pedig meghökkentő gondolatfordulatokkal „mély összefüggéseket” kibontva. Azt gondolom, hogy a demográfiai mutatók elemzése jó kiindulópont az idősellátás problémáinak megértéséhez, és Krémer Balázs ennek kapcsán releváns támpontokat nyújt, ugyanakkor következtetéseiben túlmegy a demográfiai – statisztikai támpontok által kínált elemzési lehetőségeken, miközben eléggé messzire rugaszkodik el a realitások talajáról. E véleményem alátámasztásához először meg kell vizsgálnunk azt, hogy mi is olvasható ki a demográfiai-statisztikai támpontokból, ha azokat az idősellátás szempontjából próbáljuk mérlegelni.

¹ A legutóbbi, 2013/3. számunkban közöltük Krémer Balázs: *Idős? Gondozás? Miről beszélünk?* című írását. A Műhely rovatunkban közöljük a gondolatébresztő elemzéshez érkezett három hozzászólást és a szerző válaszát. *A szerk.*

A demográfiai változások hatása az idősellátás gyakorlatára

A demográfiaistatistikai évkönyvek és az olyan időskorra vonatkozó célzott demográfiai-statisztikai összeállítások, mint az „Ezüstkor: Időskorúak Magyarországon, 2006” és a „Demográfiai Portré 2012.” a hazai kiadványok közül, vagy a Krémer Balázs által is többször idézett „Eurostat” időseket érintő nemzetközi támpontjai zavarba ejtő bőséggel árasztanak el minket információkkal, és ezek sodrában nem könnyű fegyelmeznetten, a mi szempontunkból releváns támpontokra koncentrálni és óvatos, mértéktartó magatartást tanúsítani a következtetések terén. Induljunk ki a Krémer Balázs által is taglalt demográfiai-statisztikai adatokból, és nézzük meg, mi az, amit biztosan állíthatunk. Ezek az alábbiak:

- az idősek aránya a társadalomban folyamatosan növekszik az átlagéletkor és a várható élettartam növekedésével, valamint a generációk közötti arányok változásával (itt érdemes megjegyeznünk, hogy a társadalom „előregedését” markánsan tükröző öregedési indexet Krémer Balázs nem említi a munkájában, miközben ennek alakulása az idősellátás jövője szempontjából meghatározó),

- fontos jellemző a 80 év feletti idősök arányának hangsúlyos növekedése,

- az idősellátás szempontjából szintén kiemelkedő jelentőségű mutató az egészségben eltöltött évek száma a várható élettartamhoz viszonyítva. Ez a mutató a hazai viszonyok között meglehetősen kedvezőtlen az európai átlaggal egybevetve,

- általában elmondható az, hogy a nők a várható élettartam és az egészségben eltöltött évek terén kedvezőbb képet mutatnak a férfiakhoz viszonyítva, illetve több támpont utal arra, hogy a nőknél eltérő stratégiákat láthatunk a betegségfelismerés, a betegséghez való viszonyulás és az egészség megőrzésére tett erőfeszítések terén.

Ha azt vizsgáljuk, hogy mindez hogyan érinti az idősellátást, akkor az alábbiakat emelhetjük ki:

- ha egyre nagyobb arányban vannak jelen egyre idősebb emberek a társadalomban, akkor várhatóan növekszik az életviteli támogatásra, gondozásra szoruló aránya is,

- ennek valószínűsége a nagyon idősök számának gyors emelkedésével tovább növekszik,

- miután a hazai körülmények között az egészségben eltöltött évek száma alacsonyabb, az várható, hogy az európai átlaghoz képest nálunk az idősök korban hamarabb és nagyobb számban kerülnek olyan helyzetbe, hogy növekvő gondozási szükséglet nyomán ellátásra szorulnának,

- a nők várható élettartamának növekedése nyomán egyre nagyobb súlyt kap az egyedül maradó idős nők életviteli támogatása és gondozása,

- a fent vázolt demográfiai mutatók kevés kétséget hagynak afelől, hogy az idősellátás egyre inkább a szociális gondoskodás meghatározó

„stratégiai ágazatává” válik, és a növekvő terhek nyomán a hazai idősellátás egészének újragondolása elkerülhetetlen.

Azt mondhatjuk, hogy az idősekkel foglalkozó szakemberek számára mindez kézenfekvő, és az itt leírtak nem jelentenek számukra semmilyen újdonságot. De mi az, amit viszont Krémer Balázs meglepő „összefüggésként” bont ki az elemzésében?

Krémer abból a szintén ismert tényből indul ki, hogy a magasabb iskolázottsággal bírók életesélyei és egészségmutatói kedvezőbbek. Ebből arra a következtetésre jut, hogy ez a kedvezőbb egészségi állapotú kliens-kör a 80 év felettiek között hangsúlyosabban reprezentált, és miközben a bentlakásos otthonokban jelentős arányban vannak jelen, az ellátás túlzó medikalizációja nyomán ellátásuk inadekvát és pazarlóan költséges. Miközben e helyzet kialakulásában meghatározónak tartja a geriátria erős érdekérvényesítő képességét, kontrollját, a kiutat a „gondozástalanítás”-ban látja. Amikor ezeket a sorait olvassuk, úgy érezhetjük magunkat, mint az öreg rendőr az órszobán, aki a javuló bűnügyi statisztikákat olvasva azon tűnődik: de akkor hogy lehet az, hogy egész nap újabb és újabb delikvenssek érkeznek és tele van a fogda?

Ha mondanivalóját szakmai szempontok szerint kívánjuk elemezni, és nagyon egyszerű választ próbálunk keresni, akkor javasolhatjuk a szerzőnek, hogy menjen végig egy bentlakásos idős otthon folyosóján, nézzen be egy-egy szobába, és beszélgessen az ott lévő idősekkel. Azt gondolom, hogy nagyon hasonló tapasztalatokra tehet szert, mint egy krónikus belgyógyászati osztályon. Ha egy kicsit alaposabban akar tájékozódni, akkor nézze meg az intézmény lakóinak összetételét életkor, iskolázottság, önellátó képesség, a fizikális és mentális állapot paramétereit, valamint a krónikus betegségek halmozódása terén. Amikor arról ír, hogy indokolatlanul felduzzasztották az intézményrendszert és valójában nem azok vannak az intézményben, akik intenzív ellátásra szorulnának, fel kell hívnunk a szerző figyelmét arra, hogy ma a bentlakásos idős otthonokban a lakóknak legalább 40 százaléka középsúlyos vagy súlyos demenciával küzd, és folyamatos gondozást igényel. Az is közismert, hogy az életkor növekedésével az időskori demenciák aránya az idős népességben jelentősen növekszik, és előfordulásuk 80 év felett már eléri a 30 százalékot. A demencia ma világszerte az egyik legnagyobb gondozási kihívás, és sajnos amikor Krémer Balázs a „gondozástalanítás” mellett érvelve példaként a demenciák hatékony gyógyszeres kezelésének lehetőségére utal, tévedésben van. A valóság az, „hogy a tünetjavító és leépülést lassító gyógyszerek hatékonysága önmagában korlátozott, készségmegőrző és készségfejlesztő programokkal kiegészítve hatékonyságuk javul, de nem váltja ki az intenzív, személyközpontú gondozást (Szabó 2011.).

A demográfiai-statisztikai támpontok sajátos értelmezésének talajáról kiindulva Krémer merész kritikával a „long-term care”-nek mint önálló ellátási ágának a létjogosultságát kérdőjelezi meg. Véleménye szerint ez egy olyan kreált, „szintetikus” fogalom, amely „csereszabatosan” próbálja összemosni az egybevetethetetlen szolgáltatási formákat és ennek révén „felszorozza” a már egyébként sem finanszírozható gondozási igényeket.

Azt gondolom erről, hogy amikor egy olyan szakterületen mozgunk, amelyen a multidiszciplináris megközelítés és a társszakmák együttgondolkodásának képessége elengedhetetlen, akkor a megalapozott határterületi ismeret mellett a kompetenciák gondos mérlegelése óvatosságra, mértéktartásra és a társszakmák kölcsönös tiszteletére kell hogy ösztönözzön. Amikor Krémer Balázs néhány, felületesen odavetett mondatl megkérdőjelezi a nemzetközi gyakorlatban dinamikusan fejlődő és jelentős eredményeket felmutató terület létjogosultságát, miközben valamiféle homályos „összeesküvés-elméletet” próbál felvázolni, meglehetősen sokat árt annak az utóbbi években kibontakozó társszakmák közötti párbeszédnek, amely az idősellátás területén megjelenik. Ez a probléma különösen élesen vetődik fel a hazai idősellátás viszonyai között, ahol a napi gyakorlat terepein dolgozók kevés esélyt kapnak arra, hogy kitekintsenek a világra, és többségük a nyelvi korlátok miatt a korszerű ismereti forrásokhoz sem jut el. Ebben a helyzetben a nemzetközi tapasztalatokkal és ismeretekkel rendelkező tudásközvetítőknek igen nagy a felelősségük. Krémer Balázs a hazai szociálpolitika kiemelkedő, nagy tekintélyű képviselője, aki jelentős szakmai közvélemény-formáló hatással bír, és akinek személyét és munkásságát a maga szakterületén nagyra tartom, sokéves munkásságára tisztelettel tekintek. Am éppen ezért nagyok a vele szemben támasztott elvárásaim, és „sarkosabb” az általa leírtakkal kapcsolatos kritikám is. Álláspontom megvilágításaként kiemelném a „frail elderly” („törekeny idős”) Krémer által fenntartással kezelt fogalmának változó értelmezését, amely jól tükrözi, hogy miként gazdagodott az eredetileg szűk értelemben használt biogerontológiai megközelítés egy interdiszciplináris értelmezési keretben.

Kétségtelen az, hogy a frailty fogalmának megalkotásában igen nagy szerepük volt a klinikai gerontológiai kutatásoknak, és ma is erős, jelentős vonulat a mögöttes öregedési biológiai folyamatok feltárására irányuló kutatómunka. E kutatások egyik meghatározó egyénisége Linda Fried, aki kutatócsoportjával a Johns Hopkins Egyetem idősödés és egészség összefüggéseit kutató központjában egy sor vizsgálatot végzett (Fried et al. 2001., 2009.). A „Frailty syndrome” általuk leírt főbb jellemzői a gyengülés, lassulás, aktivitáscsökkenés, alacsony energiaszint és súlyvesztés. A mögöttes meghúzó változások alapvetően az élettani „tartálékokat” és a megküzdő képességet érintik az energiaháztartás és a szabályozási rendszer működési elégtelenségével. Fried „törekeny fenotípus”-ként jellemzi az időseknek ezt a csoportját, 15–17 százalékos prevalenciával, és kísérletet tesz a rizikófaktorok feltárására is (Fried et al. 2001.). A kutatók tapasztalatait a klinikai gyakorlatra fordítva kimunkáltak egy gyors klinikai értékelő skálát (Clinical Frailty Scale – ld. Moorhouse et al. 2012.), amely egy 9 pontos súlyozás mellett segít a „törekenység” megítélésében, a „ nagyon fitt”-tól a terminális betegig. E skála érdekessége az, hogy az értékelésben megjelenik az önellátás (BADL) és az önálló életvitel (IADL) képességének értékelése, mint faktor. E funkcionális vizsgálati szempont érvényesítésével azonban kilépünk a szűkebb értelemben vett biogerontológiai értelmezés tartományából. Ezt követően mind a klinikai gerontológiai megközelítés, mind pedig a funkcionális vizsgálati szempontok oldaláról továbblépést láthattunk a „törekenység” multidimenzionális megközelítése felé (az előbbire a Rockwood Frailty

Index néven ismert multidimenzionális értékelés a jellemző, az utóbbira az átfogó geriátriai állapotfelmérésbe beépülő szempontrendszer – ld. Moorhouse, Rockwood et al. 2012.). A gyakorló szakember számára ma a „törekenység” az átfogó geriátriai állapotfelmérés egyik szempontja (ld. Fillit és Picariello 1998.). A „frail elderly” ebben az értelmezésben olyan, 75 év feletti idős, aki komplex, multidiszciplináris megközelítést igénylő egészségproblémákkal küzd, funkcionálisan akadályozott, és megváltozott állapota, élethelyzete következtében pszichoszociális nehézségekkel is szembetalálja magát. E definíció elvezet minket ahhoz a felismeréshez, hogy az átfogó geriátriai állapotfelmérés nem pusztán egy geriáterek által alkalmazott szempontrendszer, hanem egy olyan felmérési, értékelési rendszer, amely multidiszciplináris értékelő team létrehozását követeli meg. A szociális munkás tagja ennek az értékelő teamnek. Az átfogó geriátriai állapotfelmérés jelentőségét a geriátriai gondozás menedzsment területén is kiemelik. Itt utalnék arra, hogy a Krémer Balázs által írt tanulmányban hivatkozásként felbukkan a Barbara Berkman szerkesztésében megjelent, több mint ezer oldalas „Handbook of Social Work in Aging and Health” (Berkman és D’Ambruso 2006.), amelyben megtalálható Rosalie Kane-nek a geriátriai vizsgálatban elterjedt standardizált eljárásokról írt tanulmánya. Világosan látható, hogy az átfogó geriátriai állapotfelmérés megjelölés mögött komplex, sok szempontot felölelő felmérés és értékelés húzódódik meg (pl. a fizikális és mentális állapot felmérése, valamint az önálló életviteli és önellátó képesség értékelése mellett az idős kapcsolati hálójának, a források és támogató háttereknek a feltérképezése, a gondozó családok terhelődésének értékelése, az abúzus kockázat, valamint a környezeti kockázati tényezők mérlegelése is). E felmérő és értékelő rendszer a nemzetközi gyakorlatban kipróbált, egységesített – standard értékelési szempontokkal megerősített – átfogó vizsgálati rendszer, amely a társszakmák együttműködésén alapul. Ezt jelzi az is, hogy a gerontológiai szociális munka korszerű tankönyveiben az átfogó geriátriai felmérés szempontrendszerét is bemutatják (Greene 2008., McInnis-Dittrich 2009.) Mindezt azért fejtettem ki kissé részletesebben, mert rávilágít Krémer Balázs tévedésére, amikor az idősellátás túlzó medikalizációjára utal. A folyamat ezzel ellenkezőleg, a multidiszciplináris tevékenység irányában halad, hangsúlyt kap a partnerség, és jól látható az, hogy Krémer állításával szemben konszenzus és egybevetethetőség bontakozik ki. Persze mondhatja, hogy ennek nyoma sincs a hazai gyakorlatban – és, mint majd’ minden állításában, ebben is fellelhető némi igazság –, de valójában a geriátriai szakma részéről itthon is érzékelhető egy közeledés és partnerségi szándék, ami viszont a szociális szakma párbeszédre való képessége és törekvése nélkül nem megy. Ezért is tartom fontosnak azt, hogy az „ellenségkép” építgetése helyett egyenes, őszinte szakmai vitákat kezdeményezzünk. Ha Krémer Balásznak sikerül tanulmányával kiprovokálnia ezt, akkor jó szolgálatot tesz a hazai idősellátásnak.

Ahhoz, hogy e kérdéskört és a hazai helyzetet áttekintsük, el kell szakadnunk egy időre Krémer Balázs tanulmányától, és beszélnünk kell arról, hogy miért is gondolunk a hazai idősellátás kapcsán kérdőjelekre. Ez a kitekintés egyben lehetőséget is kínál arra, hogy válaszokat adjunk Krémer Balásznak az általa felvetett kritikai megjegyzéseire.

A hazai idősellátás néhány neuralgikus pontja

A hazai idősellátás hosszú évtizedeken át bentlakásos otthoni ellátáson alapuló, periférikus helyzetű intézményrendszer keretei között működött. Gyökereit, hagyományait és intézményi kultúráját tekintve az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódott. A gondozó stáb szakmai előtörténete is elsősorban a kórház világához kötött. E gyökerek ma is befolyásolják az intézményi működést a gondozás napi rutinjának kialakításában, ugyanakkor kevésbé kitapinthatóak az intézményi menedzsment szintjén (korábban elsősorban gazdasági, pénzügyi szakemberek látták el az intézményvezetői feladatokat, majd a hetvenes évektől – a szociális szervező képzés megjelenésével – egyre inkább kvalifikált szociális szakemberek kerültek az intézmények élére). A hetvenes évektől az idősellátásban a bentlakásos otthonokban megjelenő szakosított ellátások kiépülésével folyamatos professzionalizálódás követhető nyomon, a stábok szakmai minőségének fejlesztésével és az alapellátásban kibontakozó szolgáltatásokkal. Mégis azt láthatjuk, hogy a hazai idősellátás szakmai presztízse, megítélése a közgondolkozásban meglehetősen kedvezőtlen, a források elosztása során hátrányosan megkülönböztetett, a szakmai fejlődés helyett megtorpanásokat, stagnációt, az utóbbi években pedig jelentős visszalépéseket tapasztalhatunk, egyre távolabb sodródva az európai gyakorlattól. Ha az okokat keressük, akkor az alábbiakat emelhetjük ki:

– A hazai bentlakásos otthonok jelentős része korszerűtlen, a geriátriai ápolási-gondozási szempontoknak messze nem megfelelő épületekben, és környezet-gerontológiai szempontból nem szerencsés elhelyezési körülmények között működik. Ezek rendszerint nagy létszámú otthonok lényegileg változtathatatlan működési feltételek mellett. Amikor új intézmények építésére került sor, azt láthattuk, hogy hiányoztak a rehabilitatív környezet kialakítására vonatkozó szempontok és ismeretek. Az ilyen, strukturális kötöttségek nagyban megnehezítik egy korszerű gondozási kultúra kialakítását, és ha hozzávesszük a krónikus fejlesztési forrás-hiányt, akkor azt kell mondanunk, hogy a hazai idősellátás viszonyai között elég nehéz minőségbiztosítási szempontokat érvényesíteni.

– A strukturális problémák mellett szervezeti irányítási szempontból az egész bentlakásos otthoni rendszert súlyos diszfunkcionális működés jellemzi. Ennek alapvető okai az átgondolatlan centralizálási törekvések, intézményi összevonások, az egyre erősödő – már-már a paranoia szintjét súroló – fenntartói kontrollok, a felduzzasztott, értelmetlen bürokrácia, a túlhajtott fiskális szemlélet, és a döntéshozók szakmai felkészületlensége. Azt gondolom, hogy egy ilyen fokú bizalmatlanság légkörében – ahol az „ellenőrzők” egymás kezéből tépik a kilincset, és megbénítják a napi szakmai munkát -- meghal a kezdeményezőkészség, az innovációs hajlam, a vállalkozás és tevékenység öröme, és destabilizálódnak a stábok. Erről Tom Kitwood, a demenciával küzdők személyközpontú gondozásának neves szakértője a szervezeti keretek kapcsán azt írta, hogy a nagy, centralizált intézmények alkalmatlanok a személyközpontú gondozási kultúra kialakítására (Kitwood 1997.).

– Az idősek bentlakásos otthoni ellátását szakmai oldalról súlyosan érintette a szakosított ellátások fejlesztésének megtorpanása, valamint a

jogalkotók, ellátásfejlesztők és szakmapolitikusok felelőtlensége, melyek nyomán az idősök tartós bentlakásos otthona egy olyan „gyűjtőmedencévé” változott, amelyben az ott élő idősök kiszolgáltatottak lettek és nem rendelkeztek hatékony érdekvédelemmel. Így történhetett meg, hogy a hajléktalanellátás átmeneti rendszerének „mozgatása” nyomán jelentős arányban olyan, nem idős hajléktalanokat „zsilipeltek át” az idősök otthonaiba, akiknél a reszocializációs program zátonyra futott, és akik gyakran komoly alkalmazkodási-beilleszkedési nehézségeket mutattak. A hajléktalanellátás egyik neves hazai „ideológusa” ezt egy szakmai beszélgetésben azzal indokolta, hogy a tartós hajléktalanlét olyan biológiai „elhasználódással” jár, amely a szervezetet hasonlóvá teszi az idős ember szervezetéhez. Miközben nem kérdőjelezném meg a hajléktalanság nyomán keletkezett fizikális romlások jelenlétét és súlyosságát, valamint megfelelő ellátásuk fontosságát, nem gondolnám, hogy a hazai idősellátásnak kellene ezt az ellátást biztosítania (a mögöttes „ideológia” gerontológiai szempontból teljesen komolytalan).

– Hasonló kérdéseket vet fel a nem idős mozgáskorlátozottak időstthoni elhelyezése is, amely számtalan konfliktus forrása az intézményekben. El kellene fogadnunk azt az alapelvet, hogy az idősök otthona az idősök ellátására szolgál, és ennek szakmai feltételeit nekünk kell biztosítanunk.

– Miközben a bekerülési kritériumok szigorodásával és a befogadáshoz szükséges gondozási szükségleti küszöb emelése nyomán egyre súlyosabb fizikai és mentális állapotú idősök kerülnek a bentlakásos időstthonokba, az ellátási feltételek és finanszírozási hátterek egyre romlanak. Azt kell látnunk, hogy miközben a szociális ellátások keretébe illeszkedő idősellátás jelentősen tehermentesíti az egészségügyi ellátórendszert, e feladatok ellátása során magára marad, miközben az egészségügyi ellátók együttműködési erőfeszítése és hajlama nem túl nagy. Pontosan az ellenkezőjét látjuk, mint amit Krémer Balázs állít: az egészségügyi kulcsszereplői nem vállalnak jelentős szerepet a hazai idős ellátásban. Korábban, az ellátás fejlődésének „felszálló ágában” az Otthonok közül sok teljes státusú intézményi orvosokat foglalkoztatott, akik közül többen kiemelkedő szerepet játszottak a hazai geriátria fejlődésében is. Mára alig találhatunk idősellátásra specializált orvosokat az intézményekben, és az orvosi feladatokat részidőben házi orvosok látják el, meglehetősen rövid időt töltve az intézményekben. Érdeklődésük és geriátriai szakismeretük gyakran korlátozott, és rendszerint nem „bonyolódnak bele” az intézményi működés kérdéseibe, így szakmai kontrolljuk és befolyásuk sem jelentős. Az egészségügyi szempontok érvényesülésében a kulcsszerepet az intézményi vezető ápolók játsszák, akikkel szemben elvárás a főiskolai szintű ápolási vagy intézményvezetési képzés, és sokan közülük a szociális képzésekben is folytattak tanulmányokat. Miközben fontos lett volna, hogy az ápolási-gondozási részlegek részlegvezetői posztján is diplomás ápolók jelenjenek meg, ezt a besorolást az 1/2000-es rendelet módosításában megszüntették. Ahelyett, hogy a gondozó stábok szakmai minőségét erősítve ösztönözték volna a felnőtt szakápolói és geriátriai szakápolói képzés megszerzését, a bentlakásos otthoni ellátásban korlátozottan használható szociális-gondozó ápolókkal próbálnak ellátást biztosítani (ez a képzés alapvetően a házi segítségnyújtás területén

alkalmazható). Az az ellentmondásos helyzet állt elő, hogy miközben ellátási követelményekben, lakóösszetételben az egész rendszer eltolódást mutat egy ápoló otthoni működés irányába fokozottabb ápolási követelményekkel, a stábfeltételeket gyengítették. Az ellenmondás „feloldására” egyes ellátásfejlesztési tanácsadók azt a képtelen megoldást vetették fel, hogy az egészségügyi ellátórendszer keretében működő „házi szakápolási szolgálat” bevonásával lássák el az intézményben felmerülő ápolási feladatokat. Az idős emberek ellátásában, ahol nagyon fontos a bizalom, az elfogadás és az ellátó személyek stabilitása, ez a fajta ellátás teljesen inadekvát. Azt mondhatjuk, hogy az idősellátás „medikalizációjával” szemben az elmúlt években egyre inkább az adekvát egészségügyi ellátások redukciója látható (ennek során az intézmények sorra veszítették el a különféle szakorvosi-konzultánsi megbízások lehetőségét is).

Összességében azt mondhatjuk, hogy az egész bentlakásos otthoni idősellátás kritikus helyzetben van, és a forráselvonások, a stáb kapacitásainak, minőségének leépülése nyomán valóban szembe kell néznünk azzal, hogy – Krémer Balázs szóhasználatával élve – az ellátás minősége egy „szegényház” szintjére jut. Am nemcsak a körülmények és szolgáltatások elégtelenség, de a pszichés támogatást és az aktivitási programokat biztosító stábok meggyengülésével a gondozás egészének minősége is az.

Krémer tanulmányában implikáltan arra utal, hogy ezt a sok szempontból jogosan kritizált és elégtelen életminőséget nyújtó rendszert nem lenne szabad fenntartanunk (talán más ellátási területek „kitagolási”, „intézménytelenítési” példaira gondol). Az alapellátás szintjén megjelenő szolgáltatások elégtelensége miatt, valamint a támogatott életvitel biztosító ellátások hiányában valójában nincs visszaút, és a bentlakásos otthonok „lebontása” nem valósítható meg. Egyetlen lehetőségünk az, hogy az alapellátás és a „tartós, kontinuens gondozás” háttereit fejlesztve minél tovább megtartsuk az idős embert az otthonközeli ellátások rendszerében. Ennek azonban vannak határai, és a tartós bentlakásos otthon kereteiben folyó ellátás radikálisan nem építhető le. A cél az, hogy az új intézmények létrehozása során ez egy komplex szolgáltatást nyújtó, emberléptékű, integrált ellátás keretében jelenjen meg.

A következőkben azonban érdemes az idősellátás problémáit az alapellátási szinten is vizsgálnunk:

A nemzetközi gyakorlatban azt láthatjuk, hogy az idősellátás súlypontja már évtizedekkel ezelőtt átkerült az idősek természetes életterében nyújtott segítőtévékenységre, és az otthonközeli ellátások fejlesztésére. Ez a fejlesztés Magyarországon jelentősen lemaradt, és csak igen lassan, elégtelen körülmények között és meglehetősen differenciálatlanul jött létre. Az alapellátás legjelentősebb eleme a házi segítségnyújtás: a támogatásra szoruló idősek otthonában biztosított, meghatározott óraszámú segítség.

Közelebbről vizsgálva ezt a szolgáltatást egy sor probléma merül fel annak színvonala és hatékonysága kapcsán. Itt az alábbiakat emelném ki:

– A gondozási ráfordítás a szolgáltatást nyújtó „szolgáltató központ” gondozási szükségletfelmérése alapján kerül meghatározásra. Ez a szükségletfelmérés a nemzetközi sztenderdhez viszonyítva rendkívül ala-

csony színvonalú, töredékes, és elsősorban intézménycentrikus megközelítést képvisel. E gyakorlat gyökerei a ma már korszerűtlen, sokat vitatott tradicionális „case management”-ben lelhetők fel.

– Az elmúlt években az ún. „vulnerabilis klienscsoportok” (pszichiátriai betegséggel élők, szenvedélybetegek, fogyatékkal élők, hajléktalanok, sokproblémás marginalizált helyzetű családok és az ide sorolt „törekeny idősök” (ellátásában a kilencvens évektől az ún. személyközpontú intenzív esetmenedzselési modellek nyertek teret, ahol a belső erőforrások mobilizálása, a kliens autonómiájának erősítése hangsúlyos szerepet kap (Raif és Shore 1993.). Ez az igényes, intenzív esetvitel azonban a hazai segítő munkában nemigen kapott teret, miközben az idősellátás területén megjelenő geriátriai gondozás menedzsment 21. századi gyakorlata egy jelentős paradigmaváltás mentén már az intenzív esetmenedzseri tevékenység teljesen új irányát mutatta meg. Ennek lényege a kliens és családját képviselő komplex esetvitel beemelése az ellátásba (a szükségletfelmérés és az ahhoz kapcsolódó segítő-támogató munka a klienssel megbízási viszonyban lévő, a szolgáltatóktól független team által biztosított és e team kliensképviselői minőségében végrehajtva végigkíséri az egész szolgáltatást). Ez ma a felsőoktatási képzésekben is megjelenő specializáció (Cress 2012.). Reméljük, hogy ez a fajta gondozás menedzsment a hazai gyakorlatban is meg fog jelenni.

– A képzettségi oldalról komoly nehézséget jelent az, hogy a jórészt szociális gondozó-ápoló végzettségű stáb nem eléggé felkészült a pszichés gondozási feladatok ellátására. Egyre inkább az látható, hogy az elemi fizikai ellátáson túl alig tesznek erőfeszítést egy személyközpontú gondozási gyakorlat meghonosítására. Ebben szerepet játszik az is, hogy a „ház körüli tevékenységet, bevásárlást, takarítást végzők és a személyközelű gondozást nyújtók feladata, szerepköre nem különül el, és a házi segítségnyújtásban nem kap súlyt a minőségi gondozás. Ennek akadálya az irreális esetviteli nyomás is (a gondozók 7–8 klienst látnak el egy nap, miközben a pszichés gondozás időráfordítási igénye alapján reálisan négynél több klienst nem lehetne ellátni). A lehetetlen feltételek között nem meglepő, hogy csökken az ellátás színvonala és gyengül a gondozók motivációja, s a felületessé váló munkát sokan próbálják munkafedezet nélkül leadminisztrálni.

– Az alapellátásban zajló gondozás súlyos problémája a társszakmákkal való együttműködés elégtelensége. Azt kell látnunk, hogy a szociális gondozók izolálódnak, magukra maradnak egy nagyon alacsonyra értékelt, alulfizetett munkában. A háziorvosok, szakellátások együttműködési készsége rendszerint alacsony, és ez nagyon megnehezíti a gondozók napi munkáját.

– Miközben a területi idősellátás egyre lehetetlenebb helyzetben próbál mégis valahogy boldogulni, egyre gyakrabban kérdőjelezzik meg a szociális gondozók tevékenységének professzionális jellegét, és sok szakmapolitikus úgy gondolja, hogy karitatív tevékenységgel, közmunkásokkal, „gyorstalpaló képzésekben” felkészített kisegítő gondozókkal kiváltható a professzionális stáb, és e tevékenység kevesebb ráfordítást igényel. Ha utat engedünk ezeknek a törekvéseknek, akkor hosszú évtizedekre tönkretesszük a hazai idősellátást, és elveszítjük annak esélyét, hogy az idősellátásban igényes segítő munka alakuljon ki.

– Egyre többet lehet hallani a gondozó családok szerepének elkerülhetetlen növeléséről, és megjelennek szándékok a szülőkről való gondoskodás kötelezettségének jogi eszközökkel való érvényesítésére. Világosan látható azonban az is, hogy a gondozó családokat támogató szolgáltatások biztosítása nélkül ezek az elvárások nem realizálhatók.

Amikor a hazai idősellátás kapcsán kritikát fogalmazunk meg, újra és újra emlékeznünk kell arra, hogy a szolgáltatásokat nyújtó szakemberek sokszor a legjobb szándékuk és tisztességes erőfeszítéseik ellenére egy diszfunkcionális feltételrendszerben sodródnak, amely támasztékok hiányában felőrli őket. Ez élesen felveti a segítő munka támogató hátterének problémáját. Ennek kapcsán elmondható, hogy a hazai idősellátás irányítói lépésről lépésre felszámolták a stabil szupervízió megteremtésének lehetőségeit, a konzultációs háttereket. Leépült a módszertani munka és beszűkültek a továbbképzési lehetőségek. Ez a kedvezőtlen folyamat nem most jelent meg – átnyúlik több kormányzati cikluson, jelezve, hogy az idősellátás hosszú ideje periferikus helyzetben van. Szemben Krémer Balázs véleményével, én azt gondolom, hogy maga az idősellátás nem pazarló, inkább folyamatosan elszegényedő. Arra a kérdésre, hogy mégis hová szivárognak el a pénzek és hogy kik és hogyan profitálnak ebből, személy szerint nem tudok válaszolni, de nem is próbálok, mert információk és kompetencia hiányában csak spekulálni tudnék. Azt azonban fontosnak tartom, hogy nem szabad megengedni az idősellátásban dolgozók nehéz és fontos munkájának devalválódását. Amikor végigmegyek egy bentlakásos otthon folyosóján, vagy találkozom a házi segítségnyújtásban dolgozókkal, mindig azon tűnődöm, hogy hogyan lehet az, hogy aki karitatív tevékenység keretében időseket segít, „glóriát kap”, aki pedig nehéz körülmények között „hivatásos gondozóként” naponta küszködik, annak a munkáját alulértékelik, és ő maga a társadalmi megbecsülés rangsorának aljára kerül. Amikor Krémer Balázzsal együtt kritikát fogalmazunk, nem szabad elfelejtenünk azt a kérdést is föltenni, hogy vajon az ő sorsukért ki a felelős.

Ha összegezni szeretném ennek a sok szálon futó, szerteágazó szakmai polémianak a lényegét, a Krémer Balázs és köztem lévő nézetkülönbségeket illetően, akkor az alábbiakat emelném ki:

– Amíg Krémer Balázs úgy gondolja, hogy a „long-term care” fogalma mögé bújva egy indokolatlanul felduzzasztott és pazarlóan költséges ellátás húzódik meg, addig én úgy gondolom, hogy az idősellátás e speciális ága egyre nagyobb ellátási nyomások között valós igényeket szolgál ki, és bár költséghatékonysága, fenntarthatósága folyamatos viták és elemzések tárgya, nem igaz, hogy pusztán csak szakmai lobbierdekek állnak e rendszer fenntartásának hátterében. Az viszont kétségtelen, hogy a természetes életterben megtartó és otthonközeli ellátások fejlesztéséhez szükséges forrásallokáció nem történt meg.

– Miközben Krémer Balázs az idősellátás indokolatlan „medikalizációjáról” beszél, és az orvosok hatalmi kontrollját hangsúlyozza az idősellátás területén, addig én úgy látom, hogy a növekvő ápolási-gondozási szükségletek mellett az ellátás egészségügyi háttere és annak forrásai nem elégségesek. Aggasztónak látom az ápolási-gondozási kapacitások elégtelenségét és a konzultációs hátterek leépülését. Külön ki kell

emelnem az egészségügyi és szociális ellátások integrációjának és a társzakták együttműködésének fontosságát.

– Krémer „gondozástalanítási” koncepciójával szemben én a gondozási kultúra erősítését és a személyközpontú gondozás gyakorlatának elterjesztését emelném ki. Ez igényes stábépítés nyomán, a szakmai képzettségi szint emelésével, folyamatos szakmai továbbképzéssel és a gondozási munka támogató háttérének megerősítésével képzelhető csak el.

– Egyetértek azzal, hogy a hazai bentlakásos otthoni rendszer korszerűtlen, nem felel meg a nemzetközi ellátásban elfogadott minőségi követelményeknek, ugyanakkor nem látom egy radikális „intézménytelenítés” realitását, ehelyett egy lépésről lépésre megvalósuló ellátásfejlesztés keretében megjelenő modellváltást tudnék elképelni, az alapellátás differenciált fejlesztésével, a többforrású közösségi gondozás gyakorlatának kialakításával, a gondozó családokat segítő szolgáltatásokkal, valamint az ellátási központ által működtetett, „emberléptékű” integrált ellátás kialakításával.

A terjedelmi korlátok nem teszik lehetővé a fentebb vázolt ellátási modell bemutatását, és nem érintetem Krémer Balázs tanulmányának több elemét sem, de úgy gondolom, hogy az idősellátás lényegi kérdéseit talán sikerült körbejárjunk. Azt remélem, hogy e szakmai vita ösztönzően hat a további szakmai párbeszéd kezdeményezésére.

Irodalom

- Bálint Lajos, Spéder Zsolt: Öregedés in: Demográfiai Panoráma 2012. (Szerk.: Óry P., Spéder Zs.). 89–103. old.
- Berkman, B., D’Ambruso, S. (eds.): Handbook of Social Work in Health and Aging Oxford University Press. 2006.
- Cress, Cathy J.: Handbook of Geriatric Care Management – Jones and Bartlett. Ontario. 2012. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar; 56(3):M1 46–56
- Fillit, H.M., Picariello, G.: Practical Geriatric Assessment – Care Health Plan Inc. New York. 1998.
- Giczi Johanna, Polányi Katalin (szerk.): Ezüstkor: Időskorúak Magyarországon 2006. Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Budapest. 2006.
- Greene, R.R.: Social Work with the Aged and their Families Aldine Publ. New Jersey. 2008.
- Kitwood, T.: Dementia reconsidered: the person come first – Open University Press. 1997.
- McInnis – Dittrich, K.: Social Work with Older Adults – Allyn and Bacon. Boston. 2009.
- Raiff, N.R., Shore, B.K.: Advanced Case Management: New Strategies for the Nineties Sage Publ. London. 1993
- Szabó L.: Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai Akadémiai Kiadó. Budapest 2011.